



**HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT 900.004.059-7**



**LISTA DE VERIFICACION HOJAS DE VIDA**

CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN	Documento Controlado
TH-F-04	17-02-2026	08	Página 1 de 1

**NOMBRE Y APELLIDOS:** L. J. J. Mosquera

**FECHA DE VERIFICACIÓN:**

#	CRITERIO DE CUMPLIMIENTO	SI	NO	N/A
1	Acto administrativo de nombramiento (nomina)			
2	Acta de posesión (nomina)			
3	Soporte del pago estampilla (nomina)			
4	Hoja de Vida DAFP - Actualizada y Descargada del SIGEP II (Debe reflejar el presente de la persona)			
5	Declaración Juramentada de Bienes y Rentas - Actualizada y Descargada del SIGEP II (Debe reflejar el presente de la persona)			
6	Registro de los Conflictos de Interés - Ley 2013 de 2019 Función Pública - Aplicativo por la Integridad Pública			
7	Declaración de Inhabilidades e incompatibilidades. (Presentación del Formulario del Hospital).			
8	Cédula de Ciudadanía al 150% - Copia Simple con resolución de buena calidad.			
9	Registro Único Tributario RUT - Actualizada. (Expedición No superior a un mes) - Copia Simple con resolución de buena calidad.			
10	Libreta Militar o Documento que Resuelve Situación Militar - Copia Simple con resolución de buena calidad.			
11	Carnet de Vacunas Completo - Copia Simple con Resolución de buena calidad.			X
12	Examen Médico Ocupacional por Perfil (Hospital)			
13	Constancia de Afiliación a EPS, Fondo de Pensión y ARL (Expedición no superior a 2 meses) (N/A ARL será afiliado por el Hospital)			
14	Formato de Confidencialidad y No Divulgación de Información. (Formulario del Hospital).			
15	Autorización de Trata de Datos Personales y Consulta de Antecedentes, en especial, Delitos Sexuales. (Formulario del Hospital).			
16	Certificado de Antecedentes Disciplinarios Expedido Por la Procuraduría General de la Nación. (Expedición no superior a 1 mes)			
17	Certificado de Antecedentes Fiscales Expedido Por la Contraloría General de la Republica. (Expedición no superior a 1 mes)			
18	Certificado de Antecedentes Judiciales Expedido Por la Policía Nacional de Colombia. (Expedición no superior a 1 mes)			
19	Certificado de Antecedentes Medidas Correctivas Expedido Por el RNMC. (Expedición no superior a 1 mes)			
20	Certificado delitos sexuales Expedido Por la Policía Nacional de Colombia. (Expedición no superior a 1 mes)			
21	Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos. (Expedición no superior a 1 mes)			
22	Certificación Bancaria (Vigencia no superior a 30 días)			
23	Tarjeta Profesional al 150% - Copia Simple con Resolución de buena calidad.			
24	Diploma de Grado - Copia Simple con Resolución de buena calidad.			
25	Acta de Grado - Copia Simple con Resolución de buena calidad.			
26	Antecedentes Profesionales, Comprobante de No Estar Inhabilitado Para Ejercer la Profesión y Vigencia de la Tarjeta Profesional.			
27	Cursos, Diplomados, Posgrados, ETC. (Sólo se debe relacionar estudios del perfil profesional según la necesidad)			
28	Convalidación por Parte de Autoridad Competente Para Títulos Obtenidos en el Extranjero.			X
29	Certificación Laboral Relacionada (Que tenga relación con el perfil de la necesidad)			
30	Licencia de Conducción y RUNT sin multas de tránsito (Paramédicos, Auxiliares Vacunación y Profesionales con Rodamiento).			
<b>DOCUMENTACIÓN ADICIONAL POR PERFIL</b>				
31	Humanización (Todos los Asistenciales Administrativos y de Salud).	X		
32	Competencia en Atención al Usuario (Todos los Asistenciales Administrativos y de Salud)	X		
33	Autorización Para Ejercer Profesión - RETHUS Actualizado (Médicos, Enfermeras, Aux. Enfermería, Odontología, Bacteriólogo, Nutrición, Psicólogo, etc.)	X		
34	Acreditación del Servicio Social Obligatorio (Bacteriología, Enfermería, Medicina, Odontología, etc.) - Copia Simple.			X
35	Competencia en Soporte Vital Avanzado (Médico, Enfermeros Profesionales, auxiliares de enfermería de urgencias y hospitalización)			X
36	Competencia en Soporte Vital Básico (Médico, Enfermeros Profesionales, auxiliares de enfermería)			X
37	Competencia en AIEPI Clínico (Médico, Enfermeras Profesionales, pediatra)			X
38	Atención a Personas Víctimas de Ataques con Agentes Químicos. (Paramédicos, Médicos, Enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogo, nutrición)	X		
39	Competencias Esenciales Para el Cuidado del Donante Expedida por el INS (Médicos)			X
40	Atención a Población Víctima del Conflicto Armado (Médico, Enfermera, Aux enfermería, Odontólogo, Bacteriólogo, Nutricionista, Psicólogo)	X		
41	Interrupción Voluntaria del Embarazo (Médicos, Enfermera, y Psicólogo, ginecología.)	X		
42	Curso Atención a Víctimas de Violencia Sexual (Médico, Enfermeras, Aux Enfermería, Odontólogo, Bacteriólogo, Nutrición, Psicólogo, especialistas).	X		
43	Asesoría Pre y Post VIH (Médico, Enfermera, Psicólogo)	X		
44	Atención del Parto (Médico, ginecología)			X
45	Gestión del Duelo (Médico, Enfermera, psicología)	X		
46	Medición automática de la tensión arterial OPS (Médicos, Enfermera, Aux Enfermería)			X
47	Curso manejo integral del dengue OPS (Médico, Enfermera, Aux Enfermería, Bacterióloga)			X
48	Competencia en Administración de Inmunobiológicos PAI (Auxiliares de Vacunación, Coordinadora, PAI)			X
49	Competencia AIEPI Comunitario (Personal Asistencial de Actividades Extramurales) (Programas)			X
50	Competencia en Toma de Muestras de Labor Clínico (Personal de Enfermería y de Laboratorio)	X		
51	Curso de Primeros Auxilios (Conductores y Paramédicos)			X
52	Carnet de Radio Protección (Radiólogo y Tecnólogo Radiología)			X
53	Mecánica básica (conductores)			X
54	Manejo defensivo (conductores)			X
55	Manejo de residuos hospitalarios (servicios generales)			X
56	Curso de facturación en salud (facturadoras, radicación, glosas)			X
57	Constancia de Idoneidad, Experiencia Requerida y Relacionada. (Verificación de Talento Humano, SG-SST, Calidad).			
58	Formato inducción y reinducción (nomina)			
59	Formato evaluación inducción y reinducción (nomina)			

**NOMBRE DE QUIEN VERIFICA**

Camela Rojas

Castilla La Nueva - Meta, el 19 de junio de 2026

Feb 19/06/2026  
[Handwritten signature]

Dra.:

**VIVIANA SACRISTAN CIFUENTES**

Profesional Universitario Siau  
Hospital de Castilla la Nueva E.S.E.

**Ref. PROPUESTA PARA PROCESO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS 2026-257**

Cordial saludo,

**LIZETH MOSQUERA PARDO**, quien se identifica con C.C. No: 1123514962 expedida en Castilla La Nueva - Meta, está interesado en enviar una PROPUESTA para un Contrato de Prestación de Servicios; cuyo objeto "**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGÍA PARA EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.**" de acuerdo a los requerimientos y calidades establecidas por la entidad.

**1. LOS TÉRMINOS EN LOS CUALES SE DESARROLLARÁ EL CONTRATO SON LOS SIGUIENTES:**

**1.1. PLAZO DE EJECUCIÓN:** El plazo de ejecución será de **UN (1) MES**, contados a partir de la fecha de suscripción del Acta de Inicio por parte del SUPERVISOR y EL CONTRATISTA, previo el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y legalización del contrato.

**1.2. VALOR TOTAL DEL CONTRATO:** Una vez analizada las condiciones contractuales en cuanto el Objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, y por esto, la cantidad de tiempo físico que me tomará brindarle mis servicios al HOSPITAL para suplir la necesidad, establezco como valor por la prestación de mis servicios la suma de **CUATRO MILLONES CIENTO CUARENTA Y DOS MIL PESOS (\$4.142.000.00) M/CTE**

**1.3. FORMA DE PAGO:** El HOSPITAL girará los recursos objeto del CONTRATO, así:

El Hospital de Castilla La Nueva E.S.E., realizará el pago del valor del contrato de la siguiente forma: Cancelará el valor del contrato en mensualidades vencidas, iguales y sucesivas por valor de **CUATRO MILLONES CIENTO CUARENTA Y DOS MIL PESOS (\$4.142.000.00) M/CTE**, mensual o, en su defecto, proporcional por el tiempo ejecutado.

**PARÁGRAFO PRIMERO:** La cuenta de cobro será radicada en físico en la ventanilla única de radicación y deberá contener: la presentación de la respectiva factura o documento equivalente, informe de los servicios efectuados con evidencia fotográfica de las actividades ejecutadas, con soporte documental, certificación de cumplimiento por parte del Supervisor, y la certificación de cumplimiento de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social y aportes parafiscales, conforme a la ley.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** El CONTRATISTA deberá acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud, Pensión y riesgos laborales, de conformidad con el párrafo 1º del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, y la Ley 1562 de 2012, y el Decreto 723 de 2013. EL CONTRATISTA para solicitar el pago requiere el certificado por parte del Revisor Fiscal si se está obligado a ello y/o el Representante Legal conforme al cumplimiento de lo normado en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

**PARÁGRAFO TERCERO:** A la cuenta se le harán los descuentos de ley y el valor neto obtenido se pagará previos los trámites administrativos establecidos por la entidad. El HOSPITAL efectuará las deducciones a que haya lugar sobre cada pago, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre la materia. En todo caso, los pagos antes previstos estarán sujetos al Programa Anual de Caja (PAC), de la entidad. Una vez aceptada la cuenta el HOSPITAL cuenta con treinta (30) días para el desembolso efectivo.

**PARAGRAFO CUARTO:** El pago será cancelado por medio de la Tesorería del Hospital, a través de la consignación en cuenta corriente o de ahorros que el contratista acredite como propia, en entidades financieras afiliadas al sistema automático de pagos, previos los descuentos de ley.

**1.4. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS A DESARROLLAR POR EL CONTRATISTA:**

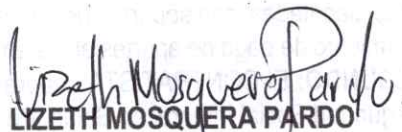
EL CONTRATISTA SE OBLIGA A 1. Brindar atención psicológica integral a pacientes de todas las edades, según la agenda concertada, en consulta externa y en casos que el área de urgencias lo requiera. 2. Practicar los servicios de psicología en consulta de los pacientes, según las condiciones de la práctica profesional, los protocolos, las guías, y según la capacidad operacional de un Hospital de Primer Nivel de Atención. 3. Realizar evaluación, diagnóstico e intervención psicológica de acuerdo con las necesidades individuales de cada paciente. 4. Realizar seguimiento y control de los pacientes atendidos, asegurando la continuidad del tratamiento y remitiendo a otros niveles de atención si es necesario. 5. Documentar adecuadamente la historia clínica de cada paciente, garantizando el cumplimiento de la Resolución 1995 de 1999 modificada por la Resolución 839 de 2017 sobre el manejo de la historia clínica en Colombia. 6. Brindar orientación y psicoeducación a los pacientes y sus familias en temas relacionados con salud mental, bienestar emocional y prevención de trastornos psicológicos y derechos y deberes. 7. Participar en programas de promoción y prevención en salud mental, en concordancia con los planes de salud pública del municipio. 8. Cumplir con los protocolos de bioseguridad y atención en salud, garantizando la seguridad del paciente y del profesional en el ejercicio de sus funciones. 9. Desarrollar reuniones, capacitaciones y actividades institucionales, para el mejoramiento de la salud mental del personal de la institución y de los usuarios. 10. Mantener reserva y confidencialidad sobre la información de los pacientes, respetando la Ley 1090 de 2006 (Código Deontológico y Bioético de la Psicología en Colombia). 11. Participar en las jornadas organizadas por el hospital en el marco de actividades comunitarias y territoriales, contribuyendo con la promoción de la salud mental en la población. 12. Mantenerse actualizado respecto al conocimiento de su actividad profesional. 13. El CONTRATISTA desarrollará con la oficina del SIAU estrategias para mejorar las capacidades del talento humano en la atención al usuario. 14. El CONTRATISTA realizará seguimiento a las bases de datos emitidas por las EPS, bases de datos PAPSIVI, con el fin de brindar atención Psicológica a los usuarios que lo requieran. 15. EL CONTRATISTA presentará informes de las actividades desarrolladas en ejecución del presente contrato, realizando dicho informe con detenimiento, consignando información verídica de la ejecución del periodo contractual a informar. 16. CUMPLIR LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA EL DISEÑO Y/O IMPLEMENTACION DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE GESTIÓN Y PLANES DE MEJORAMIENTO. 17. Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato y que garanticen su cabal y oportuna ejecución

## 2. ANEXOS:

Para la presentación de la respectiva cotización anexo la siguiente información que fue requerida:

1. Hoja de vida según formato del Hospital.

Cordialmente,

  
LIZETH MOSQUERA PARDO

C.C. No. 1123514962 expedida en Castilla La Nueva - Meta.

Dirección: Calle 4A #14-80 Villavicencio.

Teléfono: 3213446323

Email: [Lisethpardo09@hotmail.com](mailto:Lisethpardo09@hotmail.com)



# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1

### DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Mosquera		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Pardo			NOMBRES Lizeth				
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No <u>1123514962</u>				GENERO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>		PAÍS COLOMBIA	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/>		SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO		D.M.			
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA					
FECHA DÍA <u>01</u> MES <u>08</u> AÑO <u>1999</u>		CALLE 4A 14 80 Urbanización San Sebastian							
PAÍS COLOMBIA		PAÍS COLOMBIA		DEPTO META					
DEPTO META		MUNICIPIO VILLAVICENCIO							
MUNICIPIO SAN JUAN DE ARAMA		TELÉFONO 3213446323		EMAIL lisethpardo09@hotmail.com					

2

### FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA															
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO ( LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA )															
EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA				SECUNDARIA				MEDIA			FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	II	AÑO	2015	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)							
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:							
TC (TÉCNICA)		TL (TECNOLÓGICA)		TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)		UN (UNIVERSITARIA)	
ES (ESPECIALIZACIÓN)		MG (MAESTRÍA O MAGISTER)		DOC (DOCTORADO O PHD)			
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)							
MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGIA CLINICA Y DESARROLLO INFANTIL	11	2024	
PREGRADO	10	X		PSICOLOGIA	11	2020	227856

3

### EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

#### EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR\_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

5 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META			MUNICIPIO CASTILLA LA NUEVA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	04	Mes	03	Año	2026	Día	03	Mes	05	Año	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL 2808 PSICOLOGA			DEPENDENCIA ATENCION PRIMARIA EN SALUD APS					DIRECCIÓN CARRERA 8 15 null Via Cacayal						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA MATERNO INFANTIL SAN RAFAEL				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META			MUNICIPIO VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3103033336			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	15	Mes	03	Año	2025	Día	13	Mes	02	Año	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL PSICOLOGA CLINICA			DEPENDENCIA CONSULTA EN PSICOLOGIA CLINICA					DIRECCIÓN						

**FORMATO ÚNICO**  
**HOJA DE VIDA**  
 Persona Natural  
 (Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL META SOLUCION SALUD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META			MUNICIPIO VILLAVICENCIO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS 6086610200			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO								
			Día	08	Mes	10	Año		2025	Día	31	Mes	12	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 3684 2012 PSICOLOGA			DEPENDENCIA ATENCION PSICOLOGICA				DIRECCIÓN Calle 37 No 41-80 Barzal Alto								
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA VIVE ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META			MUNICIPIO VILLAVICENCIO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS 3203341170			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO								
			Día	01	Mes	11	Año		2021	Día	15	Mes	09	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL COMO PSICOLOGA			DEPENDENCIA ACOMPANAMIENTO PSICOLOGICO				DIRECCIÓN Km 10 Vía Puerto Lopez								

6

**EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE															
INSTITUCIÓN EDUCATIVA				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS							
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO				CORREO ELECTRÓNICO								
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO								
			Día:		Mes:		Año:			Día:		Mes:		Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO				DIRECCIÓN								

7

**TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA**

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	9
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CUMPLIR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Castilla la Nueva, Meta. 12 de junio del 2016.

Uzeth Mosquera Fardo.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE

Castilla la Nueva

Ciudad y fecha

Karl Giraldo Peña

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Tipo de declaración  Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LIZEIH		MOSQUERA	PARDO

Documento de identificación

Tipo  Número

Lugar de nacimiento

País  Departamento  Municipio

Lugar de domicilio

País  Departamento  Municipio

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje

HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA

Lugar de sede

País  Departamento  Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

### 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

#### 1.1 DE INGRESOS, BIENES Y ACRENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	\$30.400.000,00
Otros ingresos y rentas	\$3.000.000,00
<b>TOTAL</b>	<b>\$33.400.000,00</b>

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$5.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
CASA	COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO	\$300.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

### 1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí  No

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí  No

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

### 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí  No

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGÍA MEDIANTE CONSULTA PARTICULAR.	INDEPENDIENTE

### 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

#### 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí  No

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí  No

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento  Número

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

#### 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí  No

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

### 2.3 INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí

No

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

### 2.4 OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior:

Sí

No

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior:

Sí

No

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

**2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA**

Realicé donaciones:

Sí

No

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

**2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS**

Tengo potenciales conflictos personales de interés:



Sí

No

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

	<b>HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADOESTADO</b> <b>NIT 900.004.059-7</b>				
	<b>DECLARACIÓN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES</b>				
	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN	Documento Controlado	
	TH-FVHV-01	15/04/2024	5	Página 1 de 3	

Castilla la Nueva-Meta, a los 19 de 06 de 2016

Señores:

**HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA E.S.E.**

Ciudad.

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que entiendo las inhabilidades e incompatibilidad establecidas en la ley y mediante la suscripción del presente formulario SI  NO  me encuentro incurso en alguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad para celebrar contratos con su entidad, en relación las siguientes:

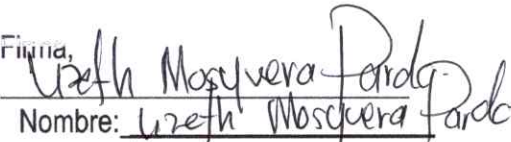
FUENTE	INHABILIDAD	SI	NO
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal a)	¿Está inhabilitado para contratar con el estado de conformidad con las causales establecidas en la constitución o la ley?		<input checked="" type="checkbox"/>
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal b)	¿En los últimos cinco (5) años ha participado en licitaciones o celebrados contratos estando inhabilitado para contratar con el estado?		<input checked="" type="checkbox"/>
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal c)	¿En los últimos cinco (5) años le han declarado la caducidad de un contrato estatal?		<input checked="" type="checkbox"/>
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal d)	¿En los últimos cinco (5) años ha sido condenado a la pena accesoria de interdicción de derechos y funciones públicas, o ha sido sancionado disciplinariamente con destitución?		<input checked="" type="checkbox"/>
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal e)	¿En los últimos cinco (5) años ha dejado de suscribir –sin justa causa- un contrato estatal que le hubiere sido adjudicado?		<input checked="" type="checkbox"/>
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal f)	¿Es servidor público?		<input checked="" type="checkbox"/>
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal g)	Para el presente proceso ha presentado o estima presentar propuesta su cónyuge o compañero permanente, un pariente hasta el segundo grado de consanguinidad, ¿o segundo de afinidad?		<input checked="" type="checkbox"/>
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal h)	¿Tiene su representante legal o alguno de sus socios (salvo en las sociedades anónimas abiertas) vínculos de parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad, o segundo de afinidad con el representante legal o los socios de otra sociedad que haya presentado o estime presentar propuesta para el presente proceso?		<input checked="" type="checkbox"/>
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal i)	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Ha sido socio de alguna persona jurídica a la que le haya sido declarada la caducidad en los últimos cinco (5) años?</li> <li>¿La persona jurídica tiene algún socio que anteriormente haya sido socio de otra persona jurídica a la que le fuera declarada la caducidad en los últimos cinco (5) años?</li> </ul>		<input checked="" type="checkbox"/>
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal j) modificado por el artículo 31 de la Ley 1178 de 2016.	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Ha sido declarado usted responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la administración pública, o por delitos o faltas contempladas en la Ley 1474 de 2011, o por cualquiera de las conductas delictivas contempladas por las convenciones o tratados de lucha contra la corrupción suscritos y ratificados por Colombia?</li> </ul>		<input checked="" type="checkbox"/>



artículo 1° de la Ley 1148 de 2007, y por la Ley 1296 de 2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Tiene vinculado o prevé vincular para la ejecución del respectivo contrato a una persona que tenga tales calidades?</li> </ul>		X
Parágrafo 3° Art. 49 Ley 617 de 2000 modificado por el artículo 1° de la Ley 1148 de 2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Es conyuge, compañero permanente, o pariente hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad o único civil de algún concejal del municipio?</li> <li>¿Tiene vinculado o prevé vincular para la ejecución del respectivo contrato a una persona que tenga tales calidades?</li> </ul>		X
Art. 90 Ley 1474 de 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Ha sido objeto de imposición de multas o declaratorias de incumplimiento?</li> </ul> Nota: En caso afirmativo indique el tipo de sanción, la entidad que la impuso y la fecha de imposición		X
<b>OBSERVACIONES:</b>	"Diligencia esta casilla en caso de que la respuesta a alguna de las preguntas anteriores haya sido afirmativa, o en el evento de que considere pertinente poner de presente a la entidad alguna circunstancia que pudiera incidir en su capacidad para contratar."		

### TENGA EN CUENTA:

- Cónyugae: persona que se encuentra unida a otra mediante matrimonio civil o religioso.
- Compañero Permanente: Es el hombre y mujer que forman parte de la unión marital de hecho, es decir quienes, sin estar casados, hacen una comunidad de vida permanente y singular, en los términos de la Ley 54 de 1990.
- Parentesco por consanguinidad: Es la relación o conexión que existe entre las personas que descienden de un mismo tronco o raíz o que están unidas por los vínculos de la sangre.
- Parentesco por afinidad: Es el que existe con los familiares consanguíneos de su respectivo cónyuge o compañero permanente.
- Parentesco Civil: Es el que resulta de la adopción, mediante la cual la ley estima que el adoptante, su mujer y el adoptivo se encuentran entre sí, respectivamente, en las relaciones de padre, de madre, de hijo. Este parentesco no pasa de las respectivas personas.
- Parentesco hasta primer grado de consanguinidad: papá, hijo,
- Parentesco hasta primer grado de afinidad: papá, hijo, de su cónyuge o compañero permanente.
- Parentesco hasta segundo grado de consanguinidad: papá, abuelo, hijo, nieto, hermano
- Parentesco hasta segundo grado de afinidad: papá, abuelo, hijo, nieto, hermano de su cónyuge o compañero permanente.
- Parentesco hasta cuarto grado de consanguinidad: papá, abuelo, bisabuelo, tatarabuelo, Hijo, nieto, bisnieto, tataranieto, Hermano, tíos, sobrinos, primo hermano, tío abuelo, sobrino nieto.
- Parentesco primero o único civil: El que existe entre el hijo y los padres adoptantes

Firma:   
 Nombre: Uziel Mosquera Parde  
 Cedula: 1123514962

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.123.514.962**

**MOSQUERA PARDO**

APELLIDOS  
**LIZETH**

NOMBRES

*Lizeth Mosquera Pardo*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-JUN-1999**

**SAN JUAN DE ARAMA**  
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

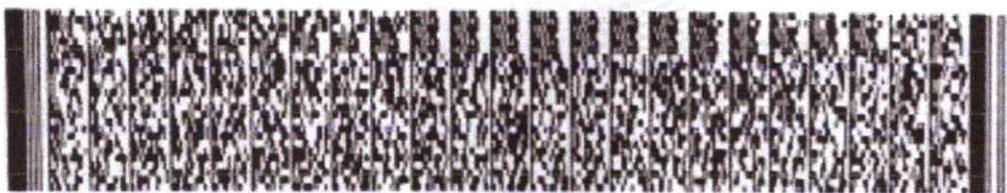
**1.65**  
ESTATURA

**O+**  
G.S. RH

**F**  
SEXO

**08-JUN-2017 CASTILLA LA NUEVA**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

*Alexander Vega Rocha*  
REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-5200100-01258727-F-1123514962-20211005

0075738363A 1

8502010626

2. Concepto  0  1 Inscripción

4. Número de formulario

14736881919



(415)7707212489984(8020) 000001473688191 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 1 2 3 5 1 4 9 6 2

6. DV

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Villavicencio

14. Buzón electrónico

2 2

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 1 2 3 5 1 4 9 6 2

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Meta

5 0

30. Ciudad/Municipio

Castilla la Nueva

1 5 0

31. Primer apellido

MOSQUERA

32. Segundo apellido

PARDO

33. Primer nombre

LIZETH

34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Meta

5 0

40. Ciudad/Municipio

Castilla la Nueva

1 5 0

41. Dirección principal

MZ 4 CA 4 A 14 80 BRR ACARITA

42. Correo electrónico

lisethpardo09@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 1 3 4 4 6 3 2 3

45. Teléfono 2

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Ocupación

## Actividad principal

46. Código 47. Fecha inicio actividad

8 2 9 9 | 2 0 2 1 0 1 2 7

## Actividad secundaria

48. Código 49. Fecha inicio actividad

## Otras actividades

50. Código 1 2

51. Código

52. Número establecimientos

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 9 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

49 - No responsable de IVA

## Usuarios aduaneros

## Exportadores

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3 57. Modo 58. CPC

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI  NO 

60. No. de Folios: 5

61. Fecha 2021-01-29 / 09:08:01AM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ARIAS RAMIREZ MARTIN FERNANDO

985. Cargo Gestor IV

# Carné Digital de Vacunación

# Colombia

## Esquema de Vacunación



### VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD



ID: 86dr107b-85c2-45e0-9c0a-8da42ae237ca

Nombres y apellidos / Full name

LIZETH MOSQUERA PARDO

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 1 2 3 5 4 4 0 9 2

Fecha de nacimiento / Date of birth

01/06/1999

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3213446323

Correo electrónico / e-mail

notiene@hotmail.com

### Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
		Day	Month	Year				
TD Adulto	Primera	03	12	2019	221501517B	VILLAVICENCIO ESPAS NUESTRA SEÑORA DEL PILAR	ESPINGRE JULIE GUTIERREZ CARVA	
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	13	01	2020	UFA10000	UNIDAD DE VACUNAS PARTICULARES	SANDRA MAUREN OLAYA RESLEM	
Hepatitis A Adultos Particular	Primera	13	01	2020	AHAVB987AJ	UNIDAD DE VACUNAS PARTICULARES	SANDRA MAUREN OLAYA RESLEM	
Triple Viral Particular	Refuerzo	13	01	2020	A69CE731B	UNIDAD DE VACUNAS PARTICULARES	SANDRA MAUREN OLAYA RESLEM	
TD Adulto	Segunda	14	01	2020	2338X004AE	VILLAVICENCIO ESPAS NUESTRA SEÑORA DEL PILAR	ESPINGRE JULIE GUTIERREZ CARVA	
Fiebre Amarilla	Única	20	01	2020	P3L461V	VILLAVICENCIO ESPAS NUESTRA SEÑORA DEL PILAR	ESPINGRE JULIE GUTIERREZ CARVA	
Hepatitis B Adultos Particular	Segunda	12	02	2020	UFX18008	UNIDAD DE VACUNAS PARTICULARES	SANDRA MAUREN OLAYA RESLEM	
Influenza Adultos Particular	Anual	14	05	2020	UJ381adpv	UNIDAD DE VACUNAS PARTICULARES	SANDRA MAUREN OLAYA RESLEM	
VPH Particular	Tercera	14	06	2020	R020349	UNIDAD DE VACUNAS PARTICULARES	SANDRA MAUREN OLAYA RESLEM	
Hepatitis A Adultos Particular	Segunda	27	07	2020	AHVC017AD	UNIDAD DE VACUNAS PARTICULARES	CENAI DA RODAS SANCHEZ	
Hepatitis B Adultos Particular	Tercera	14	06	2020	AHVC0877AD	UNIDAD DE VACUNAS PARTICULARES	CENAI DA RODAS SANCHEZ	
TD Adulto	Tercera	18	08	2020	2338X004AE	VILLAVICENCIO ESPAS NUESTRA SEÑORA DEL PILAR	ESPINGRE JULIE GUTIERREZ CARVA	
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	18	08	2020	V50220013	VILLAVICENCIO ESPAS NUESTRA SEÑORA DEL PILAR	ESPINGRE JULIE GUTIERREZ CARVA	
VPH Particular	Primera	17	09	2020	R020349	UNIDAD DE VACUNAS PARTICULARES	CENAI DA RODAS SANCHEZ	

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAIWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Fianzas de Beneficios de Salud.

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB, according to the Wide Program of Immunization - PAI (by its acronym in Spanish: Programa Ampliado de Inmunización).

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

### VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD



ID: 88da1078-85c2-45cc-9c0a-8db42ac237ca

Nombres y apellidos / Full name

LIZETH MOSQUERA PARDO

Tipo de identificación / ID type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 1 2 3 5 1 4 9 6 2

Fecha de nacimiento / Date of birth

01/06/1999

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3213446323

Correo electrónico / e-mail

notiene@hotmail.com

### Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
		Day	Month	Year				
COVID ASTRAZENECA	Primera	19	08	2021	Oxford-AstraZeneca	77785	CENTRO DE SALUD ESPERANZA	ELIZABETH GONZALEZ SANCHEZ
TD Adulto	Cuarta	25	08	2021		2039X020A	VILLAVICENCIO ESPAS NUESTRA SEÑORA DEL PILAR	EDMUNDO JULIE GUTIERREZ GARVA
COVID ASTRAZENECA	Segunda	27	12	2021	Oxford-AstraZeneca	77948	CENTRO DE SALUD ESPERANZA	ADRIANA FRANCISCO ROMERO CLAVIJO
TD Adulto	Quinta	11	03	2025	Serum	2333L037C	EPS SANITAS CENTRO MÉDICO VILLAVICENCIO	ANDREA PAOLA BARBOSA CASAS - CC1122647920 - ACTIVO
Hepatitis B Adultos Particular	Refuerzo	15	03	2025		220500424C	UNIDAD DE VACUNAS PARTICULARES	CENEIDA RODAS
Sarampión Rubéola	Adicional	13	02	2026	Serum	0095NU01A	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	CARMENZA CASTRO CASTRO - CC52394551 - ACTIVO

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAIWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB, according to the Wide Program of Immunization - PAI (by its acronym in Spanish: Programa Ampliado de Inmunización).

This Digital Certificate of vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.



# FORMATO CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

**1. DATOS DE LA EMPRESA** *A quien pueda interesar.*

Tipo de Examen: Ingreso  Periódico  Reintegro  Retiro  Ascenso  Pos incapacidad

Alturas  Otro  Cual: \_\_\_\_\_

**2. FECHA:** *13-feb-2026.* Hora: *6:00 Pm.* Ciudad: *Villavicencio* Teléfono: *321 3446323.*

**3. DATOS PERSONALES** Nombres y Apellidos: *Lizeth Mosquera Pardo.*

C.C. *1123514962* Edad: *26 años* Sexo: *Fem.* Hemoclasificación *O+*

Cargo: *Psicóloga.*

**4. SIGNOS VITALES** TA *115/70* FC *70.* Talla: *164* Peso: *56kg.* IMC: *208.*

**5. EXÁMENES PARACLINICOS REALIZADOS**

Ex Ocupacional	Médico	N	A	N/A	Electromiografía	N	A	N/A	Perfil Renal	N	A	N/A	TGO	N	A	N/A
Optometría		X			Perfil Lipídico				Hemograma				TGP			
Espirometría					Glicemia				P. Psicosenesometría				FA			
EKG					Coprológico				P. Psicotécnica				A Urico			
Rx Tórax					KOH uñas/garganta				Vacunas F. Amarilla				Toxicológico			
Rx Columna Cervical					Cultivo de garganta				Toxoide Tetánico - Dosis							
Rx Columna lumbosacra					Bacilos copia				Hepatitis B							
Anex. Muscular	Osteo				Anexo alturas				COVID 19 PRUEBA RÁPIDA PCR							

**6. CONCEPTO MÉDICO LABORAL: (EVALUACIÓN PSICO/FISICA):**

EXAMEN MÉDICO INGRESO		SI	NO	SI	NO
Copia requisitos necesarios para ocupar el cargo		X		Apto con patología Preexistente No interfiere con su labor	
Presenta condición médica que disminuye su capacidad laboral				No apto para tarea propuesta	
Presenta restricción médica laboral				Aplazado:	
Presenta enfermedad que requiere tratamiento y/o ampliación dx. antes de ingresar				Motivo: Val Cx ___ Me Int ___ ORL ___ Otro ___	
Presenta condición médica que en el momento no cumple con el perfil del cargo					

EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO: REINTEGRO Y/O VALORACIÓN <input type="checkbox"/>			EXAMEN MÉDICO RETIRO <input type="checkbox"/>			
Satisfactorio	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Retiro sin patología aparente	N	A	N/A
Condiciones de Salud que requiere valoración por su EPS	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Retiro sin patología para seguimiento de EPS			
Se debe reasignar funciones, reubicar, reevaluar puesto de trabajo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Retiro con patología para seguimiento de ARL			
Condición de salud que sugiere enfermedad profesional que debe ser valorada por su IPS	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Se dan recomendaciones específicas de su condición que debe ser evaluado por su EPS			
Reincorporación de cargo para el que fue contratado	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>				

**OBSERVACIONES Y/O RESTRICCIONES:** \_\_\_\_\_

APLICACIÓN SEGÚN ORDEN DE SERVICIO				RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES					
SI	NO	N/A		APLICACIÓN		SEGÚN I.M.C		MANEJO EPS/ARL	
				Inducción al cargo		Bajar de peso		Control PYP. EPS	
				Control ocupacional periódico	X	Dieta	X	Se prescribe Tto.	
				Higiene postural	X	Ejercicio regular	X	Remisión a EPS	
				Utilización de EPP	X	Valoración EPS. nutrición		Remisión a ARL	
				Utilización de ortesis		Descartar enf. metabólica		Continuar Seguimiento Médico	
				Medias anti varice		Hábitos de vida saludable			
				Evaluación puesto de trabajo					

**DIAGNOSTICO:** *Apto para ocupar el cargo énfasis Osteomuscular.*

**RECOMENDACIONES GENERALES:** *Postural Actual. uso EPP con base a cargo. exámenes médico periódico, control Anual optometría.*

**FIRMA Y REGISTRO MÉDICO** \_\_\_\_\_

*Dra. Sandra M. Campos Sorza*  
MÉDICO GENERAL  
UCC. 47-0342  
ESPECIALISTA ADM- SALUD OCUPACIONAL  
UNIMETA- REG- 2705

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS**

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

**CERTIFICA**

Que **Lizeth Mosquera Pardo**, identificado(a) con CC número 1123514962, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1123514962
NOMBRES Y APELLIDOS	Lizeth Mosquera Pardo
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	01/06/1999
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	20/10/2021
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	20/10/2021
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1123514962 Trabajador Independiente  
Desde 09/06/2026 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA  
1123514962 LIZETH MOSQUERA PARDO Desde 01/01/2026  
Hasta 31/05/2026 CEDULA DE CIUDADANIA 1123514962 LIZETH  
MOSQUERA PARDO Desde 01/02/2023 Hasta 31/12/2025

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS  
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del  
**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**LIZETH MOSQUERA PARDO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.123.514.962**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Junio del 2026.

Cordialmente,



---

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.



## LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES CERTIFICA QUE:

Lizeth Mosquera Pardo identificado con CC. 1123514962 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE			
<b>Nombres y/o Razón</b>	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE		
<b>Tipo y Numero de Documento</b>	NI - 900004059		
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
<b>Fecha de inicio de cobertura</b>	2026/03/04	<b>Fecha inicio contrato</b>	2026/03/04
<b>Tipo de vinculación</b>	Independiente con Contrato	<b>Fecha de fin contrato</b>	2026/05/03
<b>Riesgo</b>	3	<b>Código actividad económica</b>	3861001 - Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en
<b>Estado afiliación</b>	Inactiva	<b>Estado del contrato</b>	Retirado
<b>Fecha retiro</b>	2026/05/03		

Esta certificación se expide a los 12 días del mes de junio del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co) para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC12062026N1123514962A18943336**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL  
**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.**



## LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES CERTIFICA QUE:

Lizeth Mosquera Pardo identificado con CC. 1123514962 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

VOLUNTARIO			
Fecha de inicio de cobertura	2026/02/07	Código de ocupación	12634
Tipo de vinculación	Independiente Voluntario	Descripción de ocupación	Psicólogos
Clase de riesgo	1	Estado de afiliación	Activa

Esta certificación se expide a los 12 días del mes de junio del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co) para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra pagina web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC12062026L1123514962M18942644**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL  
**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.**



HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
NIT 900.004.059-7

FORMATOS CONTRACTUALES

CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN	DOCUMENTO CONTROLADO
DE-FR-14	04-07-2024	05	Página 1 de 1



**FORMATO COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Yo, Lpeth Mosquera Pardo identificado con cédula de ciudadanía No 1123514962 expedida en Castilla la Nueva, en mi condición de PROPONENTE (Representante Legal o Persona Natural), me obligo a cumplir con el objeto del presente documento, por ello, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes, relacionados con: **PRIMERA - COMPROMISO:** EL PROPONENTE, quien para los efectos del presente documento se denominará PARTE RECEPTORA se obliga a no divulgar a terceras partes, la "Información confidencial", que reciba por parte del HOSPITAL, que para los efectos del presente documento se denominará PARTE REVELADORA, de igual forma, se obliga a darle a dicha información el mismo tratamiento que le darían a la información confidencial de su propiedad. Para efectos del presente compromiso, "Información Confidencial" comprende toda la información divulgada por la PARTE REVELADORA, ya sea en forma oral, visual, escrita, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible y que se encuentre claramente marcada como tal al ser entregada a la parte receptora. **SEGUNDA - OBJETO:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las políticas de confidencialidad que debe cumplir LA PARTE RECEPTORA, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra LA PARTE REVELADORA. Por lo tanto, quien suscribe el presente documento se obliga a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, comunicar, utilizar y/o emplear la información conocida o entregada por la parte reveladora, para fines distintos al cumplimiento del objeto del contrato a celebrar con el HOSPITAL. **TERCERA - CONOCIMIENTO EXCLUSIVO:** La parte receptora se obliga a mantener de manera confidencial la "Información confidencial" que reciba de la PARTE REVELADORA y no la revelará a un tercero, de tratarse de una empresa o comerciante, deberá compartirla únicamente con el equipo de trabajo y asesores que tengan la necesidad de conocer dicha información para los propósitos autorizados, y quienes deberán estar de acuerdo en mantener de manera confidencial dicha información. **CUARTA - USO EXCLUSIVO:** La PARTE RECEPTORA se obliga a utilizar la "Información confidencial" recibida, únicamente para el desarrollo el objeto del contrato suscrito con la PARTE REVELADORA. **QUINTA - RESPECTO A LOS DATOS PERSONALES:** Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, la PARTE RECEPTORA dará estricto cumplimiento a las disposiciones constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de HABEAS DATA, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política y la ley 1581 de 2012 y las disposiciones internas de la entidad **SEXTA - OBLIGACIÓN DE RESPONDER POR LOS DAÑOS:** En caso de que la PARTE RECEPTORA incumpla parcial o totalmente con las obligaciones establecidas en el presente compromiso éste será responsable de los daños y perjuicios que dicho incumplimiento llegase a ocasionar a la PARTE REVELADORA. **SEPTIMA - CLAÚSULA PENAL:** Independientemente de la cláusula anterior, La PARTE RECEPTORA por el cumplimiento del presente ACUERDO deberá pagar como cláusula penal el valor equivalente a CUATRO (4) SMLMV. PARÁGRAFO: El presente ACUERDO presta mérito ejecutivo por sí mismo, como garantía del cumplimiento o el incumplimiento. **NOVENA - VIGENCIA:** La vigencia del presente compromiso será indefinido y permanecerá vigente mientras exista la información en manos de la PARTE RECEPTORA.

En consecuencia de lo anterior, el presente compromiso se firma a los 19 ( ) días del mes de Junio del 2026.

Lpeth Mosquera Pardo

LA PARTE RECEPTORA (Firma)

Nombre. Lpeth Mosquera Pardo

CC No. 1123514962

Nit. No. \_\_\_\_\_

Empresa \_\_\_\_\_

Marta Lucía Herrera Ríos

LA PARTE REVELADORA (Firma)

**MARTHA LUCIA HERRERA RIOS**

Gerente del Hospital de Castilla la Nueva E.S.E.

## AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, CONSULTA DE ANTECEDENTES, Y CONSULTA DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES

Yo<sup>1</sup>, quien me identifico como aparece al pie de mi firma, por medio del presente y de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, la Ley 1918 de 2018 y el Decreto 753 de 2019, AUTORIZO libre, expresa e inequívocamente al HOSPITAL, para que realice la consulta, verificación, recolección y tratamiento de mis datos personales, que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la CONTRATACIÓN de la Entidad.

Igualmente, manifiesto que de conformidad con el artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 modificado por el artículo 10 de la Ley 2080 de 2021, AUTORIZO expresamente al HOSPITAL a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico que se relaciona en el CONTRATO. Por lo anterior, autorizo y acepto recibir notificaciones a través de medios electrónicos.

Respecto a la consulta en el Registro de Inhabilidades por delitos sexuales contra menores de edad, el HOSPITAL queda plenamente facultado para realizar la consulta en el aplicativo dispuesto para ello.

De igual manera manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Cordialmente,

Firma: Lizeth Mosquera Pardo.

Nombre Completo: Lizeth Mosquera Pardo.

Identificación: 1123514962. expedida en \_\_\_\_\_

Fecha: 19-06-26

<sup>1</sup> Persona que se identifica al final del escrito y quien actúa en nombre propio o como Representante Legal de una Persona Jurídica.



**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES**  
**CERTIFICADO ORDINARIO**  
**No. 297856603**



PIB  
11:07:27  
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 12 de junio del 2026

La PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de información de Registro de Sanciones e inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LIZETH MOSQUERA PARDO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1123514962:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establece la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx>

Mario Enrique Castro González  
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano (C)

**ATENCIÓN :**

**ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.**

División de Relacionamento con el Ciudadano.

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL,  
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 12 de junio de 2026, a las 11:10:06, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1123514962
Código de Verificación	1123514962260612111006

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ  
Contralor Delegado



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA



## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:14:01 AM horas del 12/06/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1123514962**

Apellidos y Nombres: **MOSQUERA PARDO LIZETH**

### **NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las **instalaciones de la Policía Nacional** más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75  
– 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.  
Atención administrativa: Lunes a  
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y  
2:00 pm a 5:00 pm  
Línea de atención al ciudadano:  
5159700 ext. 30552 (Bogotá)  
Resto del país: 018000 910 112  
E-mail: [dijin.araic-  
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



## Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 12/06/2026 11:15:32 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1123514962** y Nombre: **LIZETH MOSQUERA PARDO.**

## NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **141991440** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda

Imprimir



**Policía Nacional de Colombia**  
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112



## CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:35:33 horas del 12/06/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1123514962**, Apellidos y Nombres **MOSQUERA PARDO LIZETH**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTA**, con NIT **900004059-7** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la [Ley 1918 del 12/07/2018](#) *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

<https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta>



## MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

### CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1123514962 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 12/06/2026 11:31 AM



Código Verificación: **Z8BKJXURC6**

Válida hasta: **10/09/2026**

---

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS  
COMUNICACIONES - MINTIC

**SCOTIABANK COLPATRIA S.A.**  
**NIT. 860.034.594-1**

**CERTIFICA QUE.**

La cuenta de ahorros No. 5582028161 , con fecha de apertura 5 de Junio de 2019 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): LIZETH MOSQUERA PARDO  
Identificado(a) con tipo de documento C No. 1.123.514.962

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 12 días del mes de Junio de 2026 .

Cordialmente,



Servicio al Cliente

**Scotiabank Colpatria S.A.**  
[www.scotiabankcolpatria.com](http://www.scotiabankcolpatria.com)  
  **COLPATRIA**

Esta Tarjeta Profesional es personal e intransferible y acredita a su portador como PSICÓLOGA de conformidad con los Artículos 6, 7 y 12 de la Ley 1090 de 2006 y es requisito legal para el ejercicio profesional en Colombia.



GLORIA AMPARO VÉLEZ  
Presidente del Consejo Directivo

[www.colpsic.org.co](http://www.colpsic.org.co)



COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS



**TARJETA PROFESIONAL  
DE PSICÓLOGA**

No. 227866

Fecha de expedición: 14/04/2021

**LIZETH MOSQUERA PARDO**

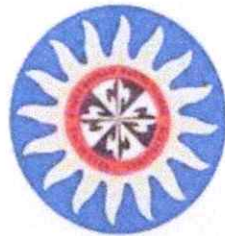
Cédula de Ciudadanía

1123514962

Según la Ley 1090 de 2006, este documento es de carácter vitalicio y tiene validez nacional, por tanto su vigencia es permanente.



República de Colombia



# LA UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS

Autorizada por el Ministerio de Educación Nacional  
Teniendo en cuenta que

**Lizeth Mosquera Pardo**

C. E. 1125514962 de Castilla la Nueva

Aprobó los estudios programados y cumplió con las exigencias  
legales y reglamentarias, le confiere el Título de

**Psicóloga**

En constancia se firma y sella en Villavicencio  
a los 7 días del mes de abril de 2021

El Rector General

El Rector de Sede

El Decano de Facultad

La Secretaria General

Registro Interno No. 87.182-07-04-2021

Folio 3 Libro 9



UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS  
PRIMER CLAUSTRO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA

**ACTA DE GRADO 182**

En la ciudad de Villavicencio, República de Colombia el día 7 de abril del año 2021, la Universidad Santo Tomás, con autorización del Ministerio de Educación Nacional, según Decreto Ejecutivo No. 1772 del 11 de julio de 1966, bajo la Rectoría General de fray José Gabriel Mesa Angulo, O.P., presidida por el Padre José Antonio Balaguera Cepeda, O.P., Rector de la Sede de Villavicencio y actuando como Secretaria General, Julieth Andrea Sierra Tobón, celebró sesión solemne y pública con el objeto de otorgar el título a los estudiantes aspirantes al Grado.

Comprobado el cumplimiento de todos los requisitos legales y los establecidos en el Reglamento General de la Universidad, confirió el Título de

**PSICÓLOGA**  
Código SNIES 101652

a: **LIZETH MOSQUERA PARDO**  
C.C. 1123514962 de Castilla la Nueva

El graduando emitió el Juramento de rigor por el que se comprometió a ejercer la profesión con responsabilidad y honradez, de conformidad con la Constitución y las leyes de la República de Colombia, poner todo empeño en el desarrollo del País y de sus instituciones, brindar generoso apoyo a los programas de justicia social y dignificación de la persona humana y llevar siempre en alto el nombre y los principios de la Universidad Santo Tomás. Seguidamente el Presidente de la ceremonia de graduación procedió a la entrega del Diploma que la acredita para el ejercicio de su profesión de conformidad con la legislación vigente.

Para constancia se expide y firma la presente Acta, válida para todos los efectos legales correspondientes.

Fdo. Julieth Andrea Sierra Tobón (Hay un sello)

Es fiel copia tomada del original que se lleva en los archivos de la Secretaria General de la Sede de Villavicencio. Se expide en la ciudad de Villavicencio, el día 7 de abril del 2021.

La Secretaria General,



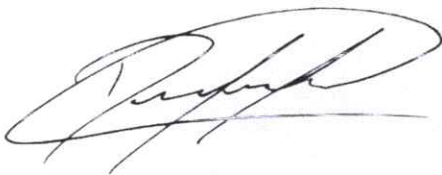
**JULIETH ANDREA SIERRA TOBÓN**

## TRIBUNALES DEONTOLÓGICOS Y BIOÉTICOS DE PSICOLOGÍA

La suscrita Directora Ejecutiva de los Tribunales Deontológicos y Bioéticos de Psicología certifica que, una vez consultado el sistema de información y reporte de profesionales sancionados por estos Tribunales, NO se encontró que **Lizeth Mosquera Pardo**, con documento de identificación N° **1123514962**, tenga antecedentes deontológicos disciplinarios en ninguno de ellos.

Este certificado tiene validez de tres (03) meses.

Se expide en Bogotá, D.C., el 12 de junio de 2026.



**DIANA PAOLA PULIDO CASTELBLANCO**

Directora Ejecutiva de los Tribunales Deontológicos y Bioéticos de Psicología



Jq74Dvl1EwCZRTdfNzKo  
Para validar este documento ingrese en el siguiente link:  
<https://sara.colpsic.org.co/publico/validar-documento>



UNIVERSIDAD **EL BOSQUE**

Por una cultura de la vida, su calidad y su sentido

• • •

## ACTA DE GRADO

El Consejo Directivo de la Universidad El Bosque, en su sesión del día 26 de febrero del año 2025, según consta en el Acta No. 1311 y Acuerdo No. 18292 de la misma fecha estudió y aprobó la solicitud del aspirante a grado, al alumno(a):

**LIZETH MOSQUERA PARDO**  
**C.C. No. 1.123.514.962 DE CASTILLA LA NUEVA**

quien cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos académicos y legales exigidos por la Institución, motivo por el cual le otorgó el título de:

### **ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DESARROLLO INFANTIL**

En la Secretaría General de la Universidad, se le hace entrega del Diploma No. 39965, el cual aparece registrado con el No. 39900, al Folio 2483 del Libro de Registro de Títulos de la Universidad, correspondiente al año 2025.

En testimonio de lo anterior, se firma el presente extracto de acta de grado, en Bogotá D.C., a los veintisiete (27) días del mes de marzo del año dos mil veinticinco (2025).

**MARÍA CLARA RANGEL GALVIS**  
Rectora

**CRISTINA MATIZ MEJÍA**  
Secretaria General



Código Seguro de Verificación: 4[Byp7]Nhgto0uES

Vigilada Mineducación



EN ATENCIÓN A QUE:

**LIZETH MOSQUERA PARDO**

C.C. No. 1.123.514.962 EXPEDIDA EN CASTILLA LA NUEVA

CUMPLIÓ CON LOS REQUISITOS LEGALES Y ACADÉMICOS EXIGIDOS POR LA INSTITUCIÓN.  
LE CONFIERE EL TÍTULO DE

**ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DESARROLLO  
INFANTIL**

DADO EN BOGOTÁ D.C., REPÚBLICA DE COLOMBIA, EL DÍA 26 DE FEBRERO DE 2025.

RECTORA

DIRECTORA DE PROGRAMA

DIRECTOR DE POSTGRADOS

SECRETARIA GENERAL

PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO





**CLINICA VIVE**  
LTDA

CLINICA ESPECIALIZADA EN SALUD MENTAL  
NIT. 900.450.008-3

***CERTIFICADO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS  
PROFESIONALES.***

La **CLINICA VIVE LTDA** identificada con NIT 900.450.008-3, certifica que la señora **LIZETH MOSQUERA PARDO**, identificada con cédula de ciudadanía N° **1.123.514.962** expedida en la ciudad de Castilla Nueva, se encuentra prestando sus servicios Profesionales independiente y sin ninguna clase de Subordinación a esta Institución CLINICA VIVE LTDA, como **PSICOLOGA**, mediante la modalidad de Contrato de Prestación de Servicios, dentro del horario que el Contratista determine (Agenda concertada), sin exclusividad, utilizando su conocimiento y utensilios o herramientas para prestar el servicio; una vez revisado el archivo de talento Humano y el expediente de Contrato de Prestación de Servicios, se encuentra la siguiente relación:

<b>Orden de Prestación de Servicios</b>	01 DE NOVIEMBRE DE 2021
<b>Objeto</b>	Prestar los Servicios Profesionales como PSICOLOGA
<b>Plazo de Ejecución</b>	3 (Meses)
<b>Fecha de Terminación</b>	28 de Febrero de 2022
<b>Valor Total del Contrato Mensual</b>	\$ 6.000.000
<b>Supervisor</b>	HECTOR ARMANDO PACHECO

<b>Orden de Prestación de Servicios</b>	02 DE MARZO DE 2022
<b>Objeto</b>	Prestar los Servicios Profesionales como PSICOLOGA
<b>Plazo de Ejecución</b>	3 (Meses)
<b>Fecha de Terminación</b>	01 de Junio de 2022
<b>Valor Total del Contrato Mensual</b>	\$ 6.000.000
<b>Supervisor</b>	HECTOR ARMANDO PACHECO

<b>Orden de Prestación de Servicios</b>	03 DE JUNIO DE 2022
<b>Objeto</b>	Prestar los Servicios Profesionales como PSICOLOGA
<b>Plazo de Ejecución</b>	3 (Meses)
<b>Fecha de Terminación</b>	02 de Septiembre de 2022
<b>Valor Total del Contrato Mensual</b>	\$ 6.000.000
<b>Supervisor</b>	HECTOR ARMANDO PACHECO



**CLINICA VIVE**  
LTDA

**CLINICA ESPECIALIZADA EN SALUD MENTAL**

**NIT. 900.450.008-3**

<b>Orden de Prestación de Servicios</b>	04 DE SEPTIEMBRE DE 2022
<b>Objeto</b>	Prestar los Servicios Profesionales como PSICOLOGA
<b>Plazo de Ejecución</b>	3 (Meses)
<b>Fecha de Terminación</b>	03 de Diciembre de 2022
<b>Valor Total del Contrato Mensual</b>	\$ 6.000.000
<b>Supervisor</b>	HECTOR ARMANDO PACHECO

<b>Orden de Prestación de Servicios</b>	05 DE DICIEMBRE DE 2022
<b>Objeto</b>	Prestar los Servicios Profesionales como PSICOLOGA
<b>Plazo de Ejecución</b>	3 (Meses)
<b>Fecha de Terminación</b>	03 de Marzo de 2023
<b>Valor Total del Contrato Mensual</b>	\$ 6.000.000
<b>Supervisor</b>	HECTOR ARMANDO PACHECO

<b>Orden de Prestación de Servicios</b>	06 DE MARZO DE 2023
<b>Objeto</b>	Prestar los Servicios Profesionales como PSICOLOGA
<b>Plazo de Ejecución</b>	3 (Meses)
<b>Fecha de Terminación</b>	05 de Junio de 2023
<b>Valor Total del Contrato Mensual</b>	\$ 6.000.000
<b>Supervisor</b>	HECTOR ARMANDO PACHECO

<b>Orden de Prestación de Servicios</b>	07 DE JUNIO DE 2023
<b>Objeto</b>	Prestar los Servicios Profesionales como PSICOLOGA
<b>Plazo de Ejecución</b>	3 (Meses)
<b>Fecha de Terminación</b>	06 de Septiembre de 2023
<b>Valor Total del Contrato Mensual</b>	\$ 6.000.000
<b>Supervisor</b>	HECTOR ARMANDO PACHECO

<b>Orden de Prestación de Servicios</b>	08 DE SEPTIEMBRE DE 2023
<b>Objeto</b>	Prestar los Servicios Profesionales como PSICOLOGA
<b>Plazo de Ejecución</b>	3 (Meses)
<b>Fecha de Terminación</b>	07 de Diciembre de 2023
<b>Valor Total del Contrato Mensual</b>	\$ 6.000.000



**CLINICA VIVE**  
LTDA

**CLINICA ESPECIALIZADA EN SALUD MENTAL**  
**NIT. 900.450.008-3**

<b>Supervisor</b>	HECTOR ARMANDO PACHECO
-------------------	------------------------

Igualmente se deja constancia que es de conocimiento del contratista que no se encuentra subordinado siendo autónoma de acuerdo a su profesión como PSICOLOGA y conocimiento, cumpliendo a cabalidad los servicios independientes que presta a nuestra institución, sin existir ninguna clase de subordinación por parte de la CLINICA VIVE LTDA.

Para constancia se firma la presente en la ciudad de Villavicencio, a los 18 días del Mes de Septiembre de 2023.

Atentamente,

**HERNEY ARNULFO LIZARAZO,**  
**C.C. 86.085.248 de Villavicencio**  
**T.P. 223.789 del Consejo Superior de la Judicatura**  
Coordinador Área Jurídico

## DECLARACIÓN JURAMENTADA DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

Yo, Lizeth Mosquera Pardo, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.123.514.962, expedida en Castilla la Nueva; psicóloga de profesión, declaro bajo la gravedad de juramento que presté mis servicios profesionales como PSICÓLOGA en la CLÍNICA VIVE LTDA, identificada con NIT 900.450.008-3, bajo la modalidad de Contrato de Prestación de Servicios, de manera continua, desde el 01 de noviembre de 2021 hasta el 15 de septiembre de 2025.

Durante el periodo señalado desarrollé funciones propias del ejercicio profesional en el área de la salud mental, actuando con autonomía técnica y profesional, sin que existiera vínculo laboral ni subordinación, conforme a la naturaleza de los contratos de prestación de servicios suscritos.


La presente declaración se expide con el fin de complementar la certificación de prestación de servicios emitida por la CLÍNICA VIVE LTDA hasta el año 2023, la cual se anexa como soporte documental, y para ser presentada dentro del presente proceso, como acreditación de experiencia profesional.

Para constancia, se firma en la ciudad de Castilla La Nueva, a los 12 días del mes de junio del 2026.

Firma,

  
Lizeth Mosquera Pardo

C.C. 1.123.514.962

 NIT: G01703774-8	ESTÁNDAR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	
	GESTIÓN ESTRATEGICA GERENCIAL	VERSIÓN 1
		CÓDIGO: GC-EAF-DC
Página 1 de 1		

**LA REPRESENTANTE LEGAL  
DE LA CLÍNICA MATERNO INFANTIL SAN RAFAEL S.A.S.,  
EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES Y ESTATUTARIAS,**

**CERTIFICA**

Que, **LIZETH MOSQUERA PARDO**, identificado con cédula de ciudadanía N° 1.123.514.962 , se encuentra vinculado a esta entidad por medio de un contrato de **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES** vigente, desempeñando actividad de Psicología Clínica .



Destacándose como un trabajador idóneo, comprometido y responsable con las actividades asignadas.

La presente se firma en la ciudad de Villavicencio (Meta), a los veintidós (07) días del mes de Febrero de 2026, a solicitud del interesado.

*Luisa C Castro C*

**LUISA CAMILA CASTRO CONTENTO**  
Representante Legal

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Ana del Pilar Ochoa Romero Asesora de Gerencia	Coordinadora Administrativa y Financiera	Gerencia

	ESE Departamental Solución Salud	Versión 3	Código FR- JUR-03	Página 1 de 1	
	<b>ACTA DE INICIO</b>	Fecha Vigencia 2020/02/10	DOCUMENTO CONTROLADO		

**ACTA DE INICIO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE No. 2029  
DE 2025**

<b>ENTIDAD CONTRATANTE:</b>	ESE "SOLUCIÓN SALUD" DEL META.
<b>OBJETO:</b>	"PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO PARA EL DESARROLLO DE LA LINEA AMIGA DEL DEPARTAMENTO DEL META"
<b>VALOR:</b>	DIEZ MILLONES DE PESOS M/CTE (\$10.000.000)
<b>CONTRATISTA:</b>	LIZETH MOSQUERA PARDO
<b>PLAZO DE EJECUCIÓN:</b>	DOS (2) MESES Y QUINCE (15) DIAS
<b>FECHA DE INICIACIÓN:</b>	7 DE OCTUBRE DE 2025
<b>FECHA DE TERMINACIÓN:</b>	22 DE DICIEMBRE DE 2025
<b>SUPERVISOR (E):</b>	MARIA ISABEL GONZALEZ VARGAS

Se reunieron, por una parte, MARIA ISABEL GONZALEZ VARGAS en su condición de SUBGERENTE ASISTENCIAL (E), quien ejerce la supervisión del Contrato de Prestaciones No 2029 del 08 de octubre 2025 y por **LIZETH MOSQUERA PARDO** C.C. No 1.123.514.962 como CONTRATISTA, con el objeto de dar inicio formal y efectivo a las actividades previstas en el contrato en mención.

Se procede a reiterar al contratista el cumplimiento de las obligaciones contraídas y se da inicio formal a la ejecución contractual.

Para constancia, se firma la presente acta por quienes en ella intervinieron, a los 8 días del mes de octubre de 2025



**MARIA ISABEL GONZALEZ VARGAS**  
Supervisor (E)



**LIZETH MOSQUERA PARDO**  
Contratista



# ***Corporación Multimédicas***

*Educación Continua*

*Certifica que:*

**LIZETH MOSQUERA PARDO**

**C.C: 1.123.514.962**

*Cumplió con los requisitos del **curso** en:*

## ***HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD***

*La educación informal no conduce a título alguno, según el Decreto 4904 de 2009*

*Desarrollado con base a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia – Resolución 0459 de 2012 - 3100 de 2019*

*Emitido el 13/02/2026 Válido por 2 años a partir de la fecha*

*Certificado por 48 horas*

**JUAN CARLOS CRISTANCHO DÍAZ**  
*Director Corporación Multimédicas*

**DR. JUAN CARLOS DURÁN GALVEZ**  
*Coordinador Médico R.M. No. 16957*

*Para la verificación de autenticidad de este documento, se sugiere escanear el código QR o comunicarse a la línea WhatsApp 3123905971*



# ***Corporación Multimédicas***

*Educación Continua*

*Certifica que:*

**LIZETH MOSQUERA PARDO**

**C.C: 1.123.514.962**

*Cumplió con los requisitos del **Curso** en:*

## ***SERVICIO Y ATENCIÓN AL CLIENTE CON ENFOQUE EN SALUD***

*La educación informal no conduce a título alguno, según el Decreto 4904 de 2009*

*Desarrollado bajo los fundamentos teóricos y pragmáticos de la atención y el servicio efectivo hacia los clientes y basados en los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia – **Resolución 3100 de 2019***

*Emitido el **13/02/2026** Válido por **2 años** a partir de la fecha*

*Certificado por **20 horas***

**JUAN CARLOS CRISTANCHO DÍAZ**  
*Director Corporación Multimédicas*

**DR. JUAN CARLOS DURÁN GALVEZ**  
*Coordinador Médico R.M. No. 16957*

*Para la verificación de autenticidad de este documento, se sugiere escanear el código QR o comunicarse a la línea WhatsApp **3123905971***

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2026-06-12--11:42:59 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	1123514962	LIZETH		MOSQUERA	PARDO	Vigente	<a href="#">Ver</a>

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) LIZETH MOSQUERA PARDO identificado(a) con CC 1123514962 registra La siguiente información:

2026-06-12--11:42:59 AM

Información Académica

Tipo Programaria	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	PSICOLOGIA	2021-04-19	24662	GOBERNACION DEL META

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).



# Corporación Multimédicas

*Educación Continua*

*Certifica que:*

**LIZETH MOSQUERA PARDO**

**C.C: 1.123.514.962**

*Cumplió con los requisitos del **curso** en:*

## ***ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE AGRESIÓN CON AGENTES QUÍMICOS***

*La educación informal no conduce a título alguno, según el Decreto 4904 de 2009*

*Desarrollado con base a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia – Resolución 3100 de 2019*

*Emitido el 22/06/2026 Válido por 2 años a partir de la fecha*

*Certificado por 48 horas*

**JUAN CARLOS CRISTIANCHO DÍAZ**  
*Director Corporación Multimédicas*

**DR. JUAN CARLOS DURAN GALVEZ**  
*Coordinador Médico R.M. No. 16957*

*Para la verificación de autenticidad de este documento, se sugiere escanear el código QR o comunicarse a la línea WhatsApp 3123905971*



# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## Hace Constar que: **Lizeth Mosquera Pardo**

### CC 1123514962 de Castilla la Nueva - Meta

lizó y aprobó el Curso Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas de Conflicto Armado - Resolución 1166 de 2018 con un total de 48 Horas.

Verificación:



Fecha de emisión: 2026-02-02  
Fecha de vencimiento: 2028-02-02

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA  
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina [www.fundacionnuestraseñoradelaesperanza.com.co](http://www.fundacionnuestraseñoradelaesperanza.com.co)

FREDDY ARBEY HERNANDEZ  
CAMPUZANO  
Representante Legal  
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
TP 3208  
Docente.

ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y  
Desarrollo Humano  
Docente Especialista



MinSalud  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## Hace Constar que: **Lizeth Mosquera Pardo**

### CC 1123514962 de Castilla la Nueva - Meta

Realizó y aprobó el Curso Asesoría Interrupción Voluntaria del Embarazo con un total de 48 Horas.

Verificación:



Fecha de emisión: 2026-02-06  
Fecha de vencimiento: 2028-02-06

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA  
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina [www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co](http://www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co)

FREDDY ARBEY HERNANDEZ  
CAMPUZANO  
Representante Legal  
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
TP 3208  
Docente.

ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y  
Desarrollo Humano  
Docente Especialista



Institución Educativa Para el Trabajo Y Desarrollo Humano  
Resolución No. 1500-67.10/2651 del 28/Nov de 2022  
SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO



*Certifica que*

**LIZETH MOSQUERA PARDO**

Identificado con Cédula de Ciudadanía 1.123.514.962 de CASTILLA LA NUEVA

*Realizo el curso de :*

**ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL**

Dictado el 09/04/2025 con una intensidad horaria de 40 Horas

En constancia se refrenda con sello y firma

VICTOR MANUEL ROJAS PACHECO  
INSTRUCTOR

COD.CERTIFICADO 62704

Manzana M # 1-16 Valles de Aragón  
[institutosuperiordelllano.com](http://institutosuperiordelllano.com) - [tplcristobal@gmail.com](mailto:tplcristobal@gmail.com)



MinEducación





MinSalud  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# Hace Constar que: *Lizeth Mosquera Pardo*

## *CC 1123514962 de Castilla la Nueva - Meta*

ó y aprobó el Curso de Asesoría Pre y Post en la Prueba Voluntaria de VIH, con Enfoque Diferencial con un total de 48 Horas.

Verificación:



Fecha de emisión: 2026-02-04

Fecha de vencimiento: 2028-02-04

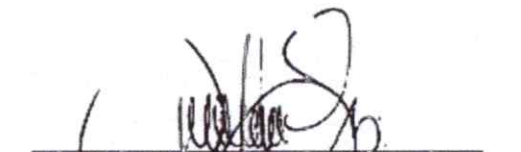



FUNDACION NUESTRA  
SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad  
de su certificado en la pagina

[www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co](http://www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co)

  
FREDDY ARBEY HERNANDEZ  
CAMPUZANO  
Representante Legal  
TP. No 70976 - 051880. Copnia

  
DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
CP 3208  
Docente.

  
ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y  
Desarrollo Humano  
Docente Especialista



# ***Corporación Multimédicas***

*Educación Continua*

*Certifica que:*

**LIZETH MOSQUERA PARDO**

**C.C: 1.123.514.962**

*Cumplió con los requisitos del **curso** en:*

***ACOMPañAMIENTO Y GESTIÓN EN MANEJO DEL DUELO Y PÉRDIDA***

*La educación informal no conduce a título alguno, según el Decreto 4904 de 2009*

*Desarrollado con base a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia – **Resolución 0459 - 3100 de 2019***

*Emitido el **22/06/2026** Válido por **2 años** a partir de la fecha*

*Certificado por **48 horas***

**JUAN CARLOS CRISTANCHO DÍAZ**  
*Director Corporación Multimédicas*

**DR. JUAN CARLOS DURAN GALVEZ**  
*Coordinador Médico R.M. No. 16957*

*Para la verificación de autenticidad de este documento, se sugiere escanear el código **QR** o comunicarse a la línea WhatsApp **3123905971***



# ***Corporación Multimédicas***

*Educación Continua*

*Certifica que:*

**LIZETH MOSQUERA PARDO**

**C.C: 1.123.514.962**

*Cumplió con los requisitos del **Diplomado** en:*

***AIEPI COMUNITARIO***

***TENCIÓN INTEGRAL A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA***

*La educación informal no conduce a título alguno, según el Decreto 4904 de 2009*

*Desarrollado con base a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia – Resolución 0459 de 2012 - 3100 de 2019*



*Emitido el 13/02/2026 Válido por 2 años a partir de la fecha*

*Certificado por 120 horas*

**JUAN CARLOS CRISTANCHO DÍAZ**  
*Director Corporación Multimédicas*

**DR. JUAN CARLOS DURÁN GALVEZ**  
*Coordinador Médico R.M. No. 16957*

*Para la verificación de autenticidad de este documento, se sugiere escanear el código QR o comunicarse a la línea WhatsApp 3123905971*

	<b>HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> NIT 900.004.059-7			
	<b>FORMATO CONSTANCIA DE IDONEIDAD PARA TALENTO HUMANO EN SALUD</b>			
	CÓDIGO DE-F-04	FECHA 5/04/2025	VERSIÓN 05	

## CONSTANCIA DE IDONEIDAD PARA TALENTO HUMANO EN SALUD

### EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.,

#### CONSIDERANDO:

Que, el Decreto 1082 de 2015 reglamentario del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, en su artículo 2.2.1.2.1.4.9, faculta contratar con una sola oferta bajo la modalidad de **CONTRATACIÓN DIRECTA**. En este mismo sentido, el Estatuto Interno de Contratación de la entidad, en sus artículos 18 y 19 señala las razones para contratar mínimo con una sola propuesta.

Que, las normas citadas con anterioridad, exhortan a la entidad para verificar **LA IDONEIDAD Y LA EXPERIENCIA REQUERIDA Y RELACIONADA**, acorde con los requisitos exigidos en el Estudio Previo, el perfil profesional y la función a desarrollar en el área de ocupación.

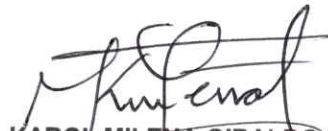
#### HACE CONSTAR:

Que, revisada la **HOJA DE VIDA** dada por Lizeth Mosquera Pardo, con CC No. 1123514962 de Castilla la Nueva se acredita la idoneidad y la experiencia requerida y relacionada, según el Estudio Previo, el perfil profesional y la función a desarrollar en el área de ocupación, para poder cumplir con el proceso No 2026-257.

Verificado por:



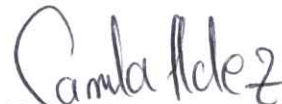
**YULY VIVIANA MORA GARCIA**  
Técnico Administrativo del SG-SST  
Verificó Sistema de Seguridad Social y Ocupacional



**KAROL MILENA GIRALDO PEÑA**  
Profesional – Talento Humano Subg. A.F.  
Verificó Idoneidad por Perfil Profesional SIGEP II



**DEISSY CAROLINA CAMARGO VEGA**  
Profesional de Planeación, Calidad y Desarrollo  
Verificó Idoneidad por Perfil Área Asistencial



**CAMILA HERNANDEZ RUIZ**  
Profesional Contratación  
Contratista